

سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

*Collection des Livres Académiques de la Faculté
des Sciences Humaines et Sociales*

(2)

دراسات في جودة الحياة

لدى مرضى السّكري

منسق الكتاب: الدكتور روبي محمد

حقوق الطبع محفوظة:

يمنع طبع هذا الكتاب أو جزء منه بكل

طرق الطبع والنقل إلا بإذن مؤلفيه

ردمك: 2-1-9394-9931-978

السداسي الأول: 2017

نموذج التنظيم الذاتي لسلوك المرض ل ليفونثال وآخرون Leventhal et all

كأحد النماذج المفسرة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة.

د.مرازقة وليدة_د.بن زطة بلدية/جامعة محمد بوضياف المسيلة

ملخص:

يسجل الأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة جودة حياة رديئة عند مقارنتهم بالأفراد الذين لا يعانون أمراضا مزمنة. ولقد اعتبرت جودة الحياة مفهوما صعب التعريف ، ولكن هناك اتفاق بين الباحثين على أنها تشير للحياة الجيدة ، ونحن نؤمن أن الحياة الجيدة هي نفسها أن يحيا الفرد حياة بجودة عالية. لقد كانت هناك العديد من المحاولات لوضع أطر نظرية مفسرة لجودة الحياة و التي يعتبر نموذج التنظيم الذاتي لليفونثال واحدا منها.

Individuals facing chronic illness have been reported to have poorer quality of life when compared to people without chronic illness. Quality of life has been recognised as difficult to define but reserches agree that it means a good life and we believe that a good life is the same as living a life with a high quality . Numerous attempts have been made to put a theoretical framework to quality of life, which the Leventhal self regulation model is one of it .

تمهيد

مرض السكري معروف منذ القدم وكان يعتبر من الأمراض القاتلة وقد انتشر بصورة كبيرة، وهو يعد من الأمراض المزمنة التي تصيب عددا كبيرا من الناس مما يؤثر على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للفرد وتسبب رعايته ومضاعفاته في تشكيل عبء كبير على الأفراد مما يؤثر سلبا على صحتهم العامة وجودة حياتهم بصفة خاصة.

ارتبط مفهوم جودة الحياة بمقومات السعادة البشرية أو الارتياح لعدة قرون. بدأ التطور التاريخي لهذا المفهوم مع أرسطو، الذي تصور السعادة، أو الحياة الجيدة، كنتيجة لحياة الفضيلة. وفي الستينات و السبعينات استخدمت متغيرات جودة الحياة كمؤشرات اجتماعية لوصف مستوى التقدم أو الرفاه الاجتماعي الذي تم التوصل إليه داخل المجتمعات والبيئات التي كانت فيها بعض الميزات الموجودة وفقا لمؤشرات موضوعية أو متصورة من قبل أفراد المجتمع بأنها مرضية (على سبيل المثال ، المدارس الجيدة) التي تم تصنيفها على أساس أنها امتلاك جودة حياة جيدة. ووصف علماء النفس وعلماء الاجتماع جودة الحياة من حيث تطلعات الأفراد أو توقعاتهم في الحياة، ومدى تحقق تلك التطلعات. بعد ذلك، دخلت جودة الحياة المرتبطة بالصحة اللغة العلمية كمصطلح لوصف العواقب التي يواجهها الأفراد أو الجماعات، ولوجود مشكلة صحية مزمنة و / أو مهددة للحياة أو الخضوع لعلاج خاص. (Al-Garni, 2006, p43)

تعريف جودة الحياة:

يخلط مفهوم جودة الحياة غالبا مع مفاهيم مثل جودة الحياة المرتبطة بالصحة Heath related quality of life، الحالة الصحية Heath status، الرفاه well being .

في الواقع جودة الحياة هي المفهوم الأوسع من باقي المفاهيم و الأكثر تكاملا ، إنها مجموعة أبعاد. بالنسبة لأغلبية الباحثين المعاصرين، ترتبط جودة الحياة و المفاهيم المجاورة بتوظيف أفضل من طرف الأفراد للمجالات المختلفة من حياتهم.

فحسب تايلور وروجان Taylor and Rogdan (1990) جودة الحياة هي رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة.

كما عرفها جود Good (1990) بأنها امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى. (نعيسة، 2012) وعرف كولتر Coulter، جودة الحياة بأنها الإحساس الشخصي بالإشباع من الحياة والتي هي أكثر من فقط سرور أو شعور بالسعادة رغم أنها أقل من معنى أو انجاز. في حين عرفها رفاييل و آخرون Rapheal and Others بأنها الدرجة التي من خلالها يستمتع الشخص بالإمكانيات المهمة بحياته .

أما جرانت و آخرون Grant et al سنة (1990) فيرون أن جودة الحياة كبيان شخصي من السمات الايجابية أو السلبية التي تميز حياة الفرد.

نلاحظ أن بعض التعاريف الذاتية لجودة الحياة تخفي المكونات الموضوعية ، إنها الحالة التي اقترحها نوردفالت 1994 ، حيث أشار إلى أن جودة الحياة تعرف من خلال درجة الرضا و الخير العام أو الشامل الذي يشعر به الفرد في حياته. لا تتناول هذه التعريف في الواقع إلا المجموعات الفرعية لجودة الحياة، أي الراحة الذاتية و رضا الحياة و هي تظهر لنا ضيقة إذا و من جهة أخرى هناك نوعين من المفاهيم التكميلية احدها ببساطة تجميعي و الأخر دينامي. من بين التعاريف التكميلية هاته ، نجد على سبيل المثال هذا الذي وضعته منظمة الصحة العالمية WHO (1994) و الذي مفاده أن "جودة الحياة هي مفهوم واسع جدا يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية ، حالته النفسية و علاقاته الاجتماعية ، درجة استقلالته ، و علاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه. (Schweitzer, 2001, p50)

وحسب Ontario Social Development Council جودة الحياة هي نتائج التفاعل بين الظروف الاجتماعية والصحية و الاقتصادية والبيئية التي تؤثر على التنمية البشرية والاجتماعية.

وقد طور تعريف آخر من طرف هاس Haas حيث بعد استكشاف مفهوم جودة الحياة في سياق كل من الصحة والعلوم الاجتماعية عرفتها بأنها " تقييم متعدد الأبعاد لظروف الحياة الحالية للأفراد في سياق الثقافة التي يعيشون فيها والقيم التي يمتلكونها. (Haas, 1999, p738)

مما سبق ، نرى أن معظم التعاريف تستند إلى التعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية. و انه على الرغم من التفاوت والاختلاف حول تعريف موحد لجودة الحياة ، فان هناك اتفاق على أنها مفهوم متعدد الأبعاد و دينامي يتأثر بمختلف جوانب ، و أحداث حياة الفرد.

تفسير جودة الحياة وفق نموذج التنظيم الذاتي لسلوك المرض ليفونتال و آخرون Leventhal et all :

إن المطلع على الأسس النظرية المفسرة لجودة الحياة عموما و جودة الحياة المرتبطة بالصحة بصفة خاصة يجد أنه ولا واحدة من النظريات هي نظريات سيكولوجية بالمعنى الذي يشمل آليات العقل البشري المتخصصة كليا أو المسائل الرئيسية المدروسة تحت مظلة جودة الحياة المرتبطة بالصحة. و عليه يمكن

تكييف نظرية سيكولوجية واحدة مع جودة الحياة المرتبطة بالصحة وهي أساس التنظيم الذاتي السيكولوجي أو نموذج للتنظيم الذاتي لسلوك المرض لليفوننتال وزملاؤه Leventhal et all . اقترح هؤلاء سنة 1996 نموذجا أكثر امتدادا ، و مركزا على تأزر العوامل السياقية و مميزات المرض و العلاج و الصفات الشخصية في تحديد استراتيجية المواجهة مع المرض المزمن التي تؤثر بطريقة معينة على جودة الحياة . بالإضافة إلى هذا ، و حسب نموذجهم ، يمكن أن تؤثر أحداث حياة أخرى ذات أهمية قصوى ، مستقلة عن المرض على طريقة التعامل و جودة الحياة . لا يحدد تقييم حدث ما فقط بمميزات الحدث و لكن أيضا بالأهداف الشخصية للحياة ، و قد لا يكون بالضرورة عدد من الأهداف الشخصية متوافق مع الأهداف المرتبطة بالصحة . (Fischer, 2002, p265-267)

اقترح ليفوننتال ، أن الفرد يندفع لإيجاد الحل و الرجوع إلى الحالة العادية عند مواجهته لمشكل معين ، أو تغير في الوضع الراهن .

وصفت النماذج التقليدية حل المشكلات في ثلاثة مراحل:

1/ التفسير: إعطاء معنى للمشكلة

2/ التكيف : حل المشكلة بطريقة لاسترجاع حالة التوازن

3/ التقييم : تقييم ما مدى فعالية و نجاح التكيف

بالنسبة للصحة و المرض ، إذا كانت الصحة مرتبطة بالحالة العادية للفرد ، فإن أي بداية أو ظهور للمرض سيترجم كمشكل و سيحاول الفرد الرجوع إلى حالة الصحة .

طبقت هذه المراحل على الصحة من خلال استعمال نموذج التنظيم الذاتي لسلوك المرض .

(Ogdane, 2011, p55)

تبعاً لهذا النموذج ، الأعراض هي عوامل رئيسية في كيفية إدراك التهديدات الصحية ، وهي أيضا أهداف أساسية للمواجهة و تخفيض العرض ضروري لتقييم تخفيف التهديدات الصحية .

هناك مكونات عديدة لهذا النموذج : (Manne, 2003 , p53)

المرحلة الأولى التفسير : يمكن للفرد أن يواجه مشكل المرض بطريقتين ، إدراك العرض (لدي ألم في الصدر) أو استقبال رسالة اجتماعية (يخبره الطبيب أن هذا الألم سببه ذبحة صدرية) .

بمجرد أن يتلقى معلومة متعلقة باحتمالية الإصابة بمرض ، يتحرك الفرد و حسب نظريات حل المشكلات إلى العودة إلى الحالة العادية . (Ogdane, 2011, p55)

حيث يدرك الفرد تغير في النشاط الجسدي أو عرض مثل الألم ، ثم يقارن هذا العرض بذاكرة الأعراض السابقة للفرد في محاولة لتقييم طبيعة هذا التهديد الصحي . (Manne, 2003, p53)

يتضمن هذا بناء أو وضع دلالة للمشكل ، حسب ليفوننتال يكون البحث عن المعنى من خلال بنية المعتقدات حول المرض . أيضا تسهم الأعراض و الرسائل الاجتماعية في تطوير تمثلات المرض التي تبني حسب الأبعاد

التالية : التعريف ، الأسباب ، النتائج ، الزمن ، القابلية للشفاء / التحكم . (Ogdane, 2011, p55)

فيشكل الفرد تمثلا للعرض أو المرض ، وفق هذه الأبعاد كمايلي :

1/تعريف المشكل الصحي الذي يتضمن تسميته ، صفاته مثل الحدة .

ب/ المدة: تقييم كم ستدوم مدته.

ج/ النتائج: إلى أي مدى يمكن أن يعطل النشاطات اليومية و يعجل على المدى الطويل نتائج أو حدة التهديد.
د/ أسباب العرض.

ه/ التوقع حول التحكم في العرض . (Manne, 2003 , p53)

تفيد التمثلات المعرفية للمشاكل في إعطاء معنى للمرض و تسمح للفرد بتطوير و تبني استراتيجيات أكثر فعالية. غير أن التمثل المعرفي ليس النتيجة الوحيدة لإدراك الأعراض و الرسائل الاجتماعية. يسبب أيضا تعريف مشكلة المرض تغيرات على مستوى الحالة الانفعالية، مثلا: إذا كان إدراك الألم في الصدر قد ترجم على أنه علامة على وجود مرض في القلب، فهذا يقود إلى خطر نشوء أو ظهور القلق. أيضا ترتبط كل استراتيجيات المواجهة للفرد بتمثلاته للمرض كما ترتبط أيضا بحالته الانفعالية . (Ogdane, 2011, p56)
بعد أن يكمل الفرد هذا التقييم، يقرر كيف يواجه هذا العرض.

المرحلة الثانية : المواجهة : هذه المرحلة هي تطوير و تعريف استراتيجيات المواجهة المتبناة. يمكن للمواجهة أن تأخذ عدة أشكال غير أن مجموعتين كبيرتين من المواجهة عرفت و دمجت العديد من الاستراتيجيات الأخرى .
(Ogdane, 2011, p56)

هي تتطابق تقريبا مع المواجهة المتمركزة حول المشكل و الانفعال للآزاروس و فولكمان . تتضمن سلوكيات حل المشكل العناية الطبية و سلوكيات العناية الذاتية : أخذ الأنسولين بالنسبة للسكري ، (Manne, 2003 , p53)

خذ الأدوية، الذهاب إلى الطبيب، الراحة. التحدث مع الأصدقاء حول الانفعالات الخاصة وأيضا محاولات بحث عن معلومات. (Ogdane, 2011, p56)

تبر هذا النموذج حديثا لأن البحث عن العناية و سلوكيات العناية الذاتية مثل الالتزام بالأنظمة العلاجية لأمراض المزمنة عرفت كسلوكيات مواجهة.

ظهر الثاني للمواجهة هي الطريقة التي يواجه الفرد العرض باستجابة انفعالية ، انه المكون الذي يدمج بف يواجه الأفراد تهديدات صحية باستجابات انفعالية ، مثل الإنكار ، التفكير غير العقلاني، و الخوف الذي يمكن أن يستنبط من خلال الألم المسبب للعرض أو ترجمة أن العرض يمثل تهديد صحي خطير مثل سرطان. (Manne, 2003 , pp53-54)

بمجرد مواجهة الفرد لمشكلة مرضية ، فهو يطور استراتيجيات بهدف المحاولة للرجوع إلى الحالة العادية.
(Ogdane, 2011, p5)

رحلة الثالثة: التقييم:

م تقييم استجابات المواجهة لتدبر الانفعالات بنفس طريقة لآزاروس و زملاؤه بحيث يسأل الأفراد كيف جها المشكل و الاستجابات تصنف الى مجموعات (مواجهة مباشرة مثل البحث عن معلومات و مواجهة غير أشرة مثل تحويل الانتباه أو الإلهاء). (Manne, 2003, p54)

عني هذا أن الأفراد يقيمون فعالية إستراتيجية المواجهة و يحددون ما إذا كانوا سيحافظون على هذه متراتيجية أو أنهم سيختارون غيرها. (Ogdane, 2011, p56)

كل هذه السيرورات الهدف منها تخفيض التوتر الذي يعيشه الفرد عند الإصابة بالمرض و الذي يؤثر بطريقة معينة على جودة حياته. ووفقا لهذه النظرية، يحاول الفرد الأداء بطرق ينتج عنها نتائج مترابطة بقوة وعلى نحو أمثل بالتجربة الذاتية. ويشمل التنظيم الذاتي كل الوظائف الموجودة للتحكم بالأفعال و لتعديل السيرورات العقلية للحفاظ على التوازن السيكولوجي .

إن هدف التنظيم الذاتي هو المحافظة على مستوى التوتر السيكولوجي منخفض أو مستقر، لأن الزيادة في مستوى التوتر تختبر كضيق، و المستوى المنخفض أو الثابت للتوتر يختبر كمتعة و سرور أو امتلاك التحكم في الوضعية. تعرف هذه النظرية ثلاثة أنواع من مستويات التنظيم الذاتي ، المستوى الأكثر أساسية هو العمل النفسي، الذي يشير إلى الكلية لتلك السيرورات العقلية التي يستعملها الفرد للانجاز و المحافظة على توازنه السيكولوجي. و يتألف العمل النفسي من عمليات عقلية متنوعة مثل، الانتباه ، التفكير، التأثيرات ، الحركات.

مستوى آخر للتنظيم الذاتي هو المستوى النفسواجتماعي الذي يشير إلى الحاجة إلى الأشخاص الآخرين. ووفقا لهذه النظرية تتشكل العلاقات الاجتماعية لتتكيف مع كل من الأهداف الداخلية و ظروف الوضعية، لذلك لا يمكن شرح التفاعل الاجتماعي فقط من خلال ارتباط الفرد و المتغيرات الوضعية. يتضمن المستوى النفسواجتماعي تباعا، استعمال الجسد بكل سيروراته السوماتية للأهداف النفسية. يطبق هذا أيضا عندما يحدد أو يحصر المحيط أو الوظائف الجسدية الأهداف الداخلية للفرد. يعاد تشكيل الأفعال في هذه الوضعيات أيضا من خلال مواءمة الوظائف العقلية مع التقييدات الداخلية ، مثل كيف ترتبط هذه التقييدات و المعوقات بالخبرة الذاتية. يتعب الأفراد للحفاظ على التوازن النفسي من خلال العمل النفسي، علاوة على ذلك معاني المستويات الأخرى تنقل من خلال العمل النفسي. تعني أهمية العمل النفسي أن الأهداف الخارجية هي ثانوية بالنسبة للأهداف الداخلية مثل الحفاظ على التوازن النفسي.

يقدم هذا الهيكل الشرح النفسي العام لكيفية تشكل العوامل الجسدية و الاجتماعية من خلال العمل النفسي ووفقا للسيرورات العقلية الخاصة بالفرد . فالتقليد التجريبي السيكومتري يسيطر على بحث جودة الحياة المرتبطة بالصحة، و تبقى الأطر النظرية لمفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة غامضة. وهكذا اتفق على أنه حتى بالرغم من أن البحث التجريبي وفر نتائج و معلومات فعالة و موثوقة حول الإدراكات الذاتية للأفراد لجودة حياتهم المرتبطة بالصحة، فإنه يمكن أن يعيق هذا الأخير الحاجة إلى مقاربات نوعية خاصة. فللمقاربات النوعية في جودة الحياة المرتبطة بالصحة جهد في تقديم فرضيات جديدة و توفير كم كبير و مفصل للمعلومات حول الخبرة الشخصية و فعالية النتائج الكمية. (Luoma, 2004, p4-6)

خاتمة: تمثل جودة الحياة مفهوما يتكرر بشكل ضمني يحمل معنى خاص لكل فرد، وبالرغم من هذا التكرار في تداول المفهوم إلا أنه لا يصل إلى الحد الذي يمكن معه وضع حدود ثابتة دقيقة لإيضاحه وقياسه. فجودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام و كما أشار إليه جليمان وإيستربورك و فرأي، تنظم ووفقا لميكانيزمات داخلية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، تصورات و إدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، و نوعية و مستوى طموحاته. و يتطلب ذلك أن يفهم الإنسان ذاته و إمكانياته و توافق ميوله و قدراته مع اختياراته

ما يمكنه من الوصول إلى الصحة النفسية من خلال مواجهة الضغوط النفسية (المتعلقة بالمرض) والشعور
براحة من التحسن والقدرة على التكيف مع المرض وتبعاته.

لراجع:

نعيسة، رغداء علي(2012): جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين مجلة جامعة دمشق، المجلد 28
عدد الأول.

- Al-Garni , Rima Saleem.(2006).Assessment of Health-Related quality of Life Among End-Stage Renal Disease (ESRD) Adult Patients Undergoing Hemodialysis at the Eastern Region.
- Gustave-Nicolas, Fisher (2002),Traité de psychologie de la santé, Dunod,Paris.
- Haas, Barbara. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. Western Journal of Nursing Research, 21(6), 728-742.
- Luoma, Minna-Liisa.(2004).health related quality of life among women with advanced breast cancer : Helsinki Univ.
- Manne, Sharon (2003). Coping and Social Support : Nezu et al Handbook of Psychology, Volume 9, John Wiley & Sons, Inc.
- Ogdane, jane (2011): psychologie de la santé.adaptation française d'olivier Desrichard. boeck.bruxelles
- Schweitzer, Marilou- B.; Bruno ,Quintard (2001) : personnalité et Maladies, stress, coping ajustement, Dunod, Paris